

ABORDAGEM À FAMÍLIA DE UM CUIDADOR COM SOFRIMENTO MENTAL: DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO

RESUMO

Para um cuidado efetivo junto à família, faz-se necessário, além do vínculo e conhecimento da dinâmica familiar, a aplicação de ferramentas que possibilitem uma investigação aprofundada das relações existentes e a proposição de intervenções mais apropriadas. Este trabalho objetiva relatar a experiência na abordagem a uma família cadastrada em uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, a partir da aplicação das ferramentas de abordagem familiar: Genograma, Ecomapa, Ciclo de Vida, FIRO e P.R.A.C.T.I.C.E. A paciente índice apresenta uma sobrecarga por ser responsável pela gestão financeira e pela gestão do cuidado familiar, mesmo sendo acometida por doenças neuropsiquiátricas. As informações adquiridas pelas ferramentas e a intervenção efetuada pela Conferência Familiar, realizada pelos profissionais de saúde, resultaram no entendimento que a família é a principal responsável pela garantia do cuidado entre seus membros. Destaca-se que os instrumentos utilizados possibilitaram definição dos papéis para melhor distribuição de atribuições, além de atuação interdisciplinar como garantia do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Família. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Dinâmica Familiar. Ciclo de Vida.

APPROACH TO THE FAMILY OF A CAREER WITH MENTAL SUFFERING: CHALLENGES IN THE CONSTRUCTION OF CARE

ABSTRACT

For effective care with the family, it is necessary, in addition to the bond and knowledge of family dynamics, the application of tools that enable a thorough investigation of existing relationships and the proposition of more appropriate interventions. This work aims to report the experience in approaching a family registered in a Family Health Strategy team in the city of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil, using the family approach tools: Genogram, Ecomap, Life Cycle, FIRO and PRACTICE. The index patient has an overload because she is responsible for financial management and for the management of family care, even though she is affected by neuropsychiatric diseases. The information acquired by the tools and the intervention carried out by the Family Conference, carried out by health professionals, resulted in the understanding that the family is the main responsible for guaranteeing care among its members. It is noteworthy that the instruments used enabled the definition of roles for a better distribution of attributions, in addition to interdisciplinary action as a guarantee of health care.

Gustavo Silva Costa
Cirurgião-Dentista. Discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Unimontes
gustavocosta2905@gmail.com

Thaís Rodrigues Gouveia
Psicóloga. Discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Unimontes
thaisgouveia.psi@gmail.com

Alaíde Pereira Silva
Enfermeira. Discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Unimontes
alaidepersil@yahoo.com.br

Mayara Karoline Silva Lacerda
Enfermeira. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Unimontes
mkslacerda@hotmail.com

Renata Francine Rodrigues Lima
Cirurgião-Dentista. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Unimontes
renatafrancine@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica, porta de entrada preferencial do SUS, desenvolve suas ações e estratégias para promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos, comunidade e família. Esta última exercendo papel significativo no cuidado em saúde. (BRASIL, 2017).

O atual modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à substituição do modelo curativo e individual, baseado na doença, para avançar em direção ao usuário enquanto foco do cuidado. Sua atuação volta-se a uma população adscrita, num território geográfico sanitário definido, levando-se em consideração suas características, sua dinâmica e condições de saúde, devendo ser capaz de ofertar uma atenção contínua, integral e longitudinal. No entanto, é necessário também destacar que neste novo modelo, o cuidado em saúde se faz em parceria com usuário e família junto aos profissionais da equipe de saúde (MENDES, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como atributo a focalização na família que demanda a conceber como sujeito da atenção, isto implica na necessidade de uma interação dos profissionais da ESF com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde (MENDES, 2011).

Nesse sentido, torna-se oportuno, no que concerne a APS, abordar as pluralidades existentes no âmbito familiar por meio da utilização de instrumentos que permitam conhecer a estrutura, a composição e o

funcionamento de uma família, bem como as situações de risco, os problemas relacionados à saúde e os padrões de vulnerabilidade, levando em consideração características próprias de cada grupo familiar (NOBRE *et al.*, 2014).

Para tanto, a aplicação de ferramentas de abordagem familiar é relevante, na medida em que oportuniza a aproximação e identificação do contexto familiar. Dessa forma, neste estudo, as seguintes ferramentas foram utilizadas: Genograma, Ciclo de vida, Ecomapa, FIRO, P.R.A.C.T.I.C.E e Conferência Familiar. As mesmas foram aplicadas com o objetivo de descrever, analisar e intervir na organização de uma família cadastrada em uma ESF, situada no município de Montes Claros, MG, Brasil.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. METODOLOGIA

Trata-se de estudo não epidemiológico do tipo relato de experiência do uso das ferramentas de abordagem familiar por uma ESF da região sul da de Montes Claros-Minas Gerais.

A escolha da família se deu a partir da evolução do diabetes descompensado que resultou na amputação do pé esquerdo da mãe da paciente índice. Tal fato desencadeou repercussões negativas em toda família e especialmente na paciente índice, RLR4 que acumulou uma sobrecarga por ser cuidadora dos pais e gestora financeira da família, além de já sofrer de doenças neuropsiquiátricas. Soma - se a isto histórico prévio de tentativas de

autoextermínio e ainda relatos de intenção de atentar contra a vida de sua filha.

Para coleta de dados foram realizadas cinco visitas domiciliares na residência da paciente índice pela equipe multiprofissional (cirurgião-dentista, psicóloga, enfermeira e médico) da ESF, no período entre novembro de 2020 e primeira quinzena de março de 2021. Foram efetuados também atendimentos individuais na própria Unidade Básica de Saúde (UBS) com o intuito de estabelecer vínculo com a família. Aplicaram-se os instrumentos de abordagem familiar Genograma, Ecopama, Ciclo de Vida, FIRO e P.R.A.C.T.I.C.E. Reconhecidos os nós críticos que dificultam a dinâmica familiar, os resultados e propostas de intervenção foram discutidos através de uma Conferência Familiar, realizada por meios digitais devido à pandemia da COVID-19. Para apresentação do caso, com o intuito de manter a confidencialidade dos sujeitos envolvidos, foram utilizadas as iniciais dos nomes e respectivas idades.

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, cumpriram-se os requisitos exigidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, submetendo o projeto que originou esse estudo à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES com o parecer nº 572.244 de 27/03/2014. Os envolvidos no estudo foram informados quanto à participação voluntária na pesquisa, sendo-lhes assegurado o sigilo das informações por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente assinado.

2.2. CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

A família em estudo reside em domicílio próprio. Trata-se de uma casa simples, localizada

em uma região com poucos recursos de lazer. Próximo a essa propriedade encontra-se apenas a igreja evangélica Cristã Maranata. Os moradores são a paciente índice, RLR4, 44 anos, sua filha, SRC, 08 anos, seus pais, ARC, 81 anos e MLR, 79 anos, e um de seus irmãos, FLR, 49 anos.

RLR4, paciente índice deste trabalho, é divorciada e está desempregada. É acometida por sofrimento mental, assume o papel de cuidadora dos pais e de gestora dos recursos financeiros provenientes da renda destes. Em seu último relacionamento teve uma filha, SRC, 08 anos.

2.3. APLICAÇÃO DAS FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR

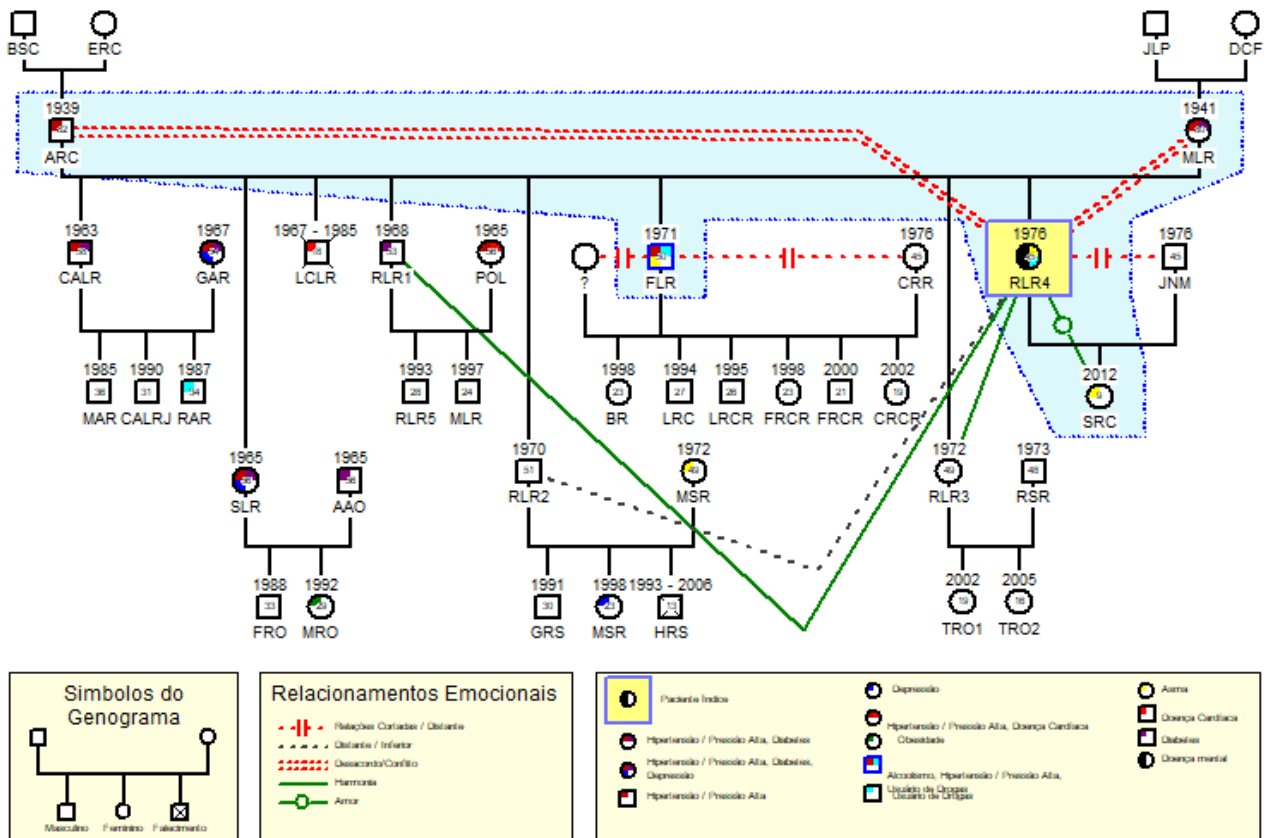
2.3.1. Genograma

O genograma auxilia na prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), representando de forma gráfica a composição familiar e as relações existentes no contexto de pelo menos três gerações, por meio de símbolos (NACIMENTO *et al.*, 2014; BORGES, COSTA, FARIA, 2015).

Com os dados evidenciados por este instrumento, os profissionais da APS podem realizar medidas preventivas, com ações direcionadas aos riscos identificados, levando em conta os recursos disponíveis, de maneira que os membros da família atuem ativamente, junto aos profissionais, na construção de melhorias no contexto familiar (BORGES, COSTA, FARIA, 2015).

Nesse sentido, elaborou-se o genograma da família em estudo, evidenciado na fig. 1.

Figura 1 – Genograma da família em estudo



Fonte: Próprios autores.

RLL4 é acometida por depressão, obesidade, síndrome do pânico, esquizofrenia e asma. A mesma apresenta relação harmoniosa com RLR1 e RLR3, com os quais estabelece melhor comunicação. Em contrapartida, há distanciamento com RLR2. Quanto aos pais, estes dificultam que RLL4 tenha autonomia.

ALR é hipertenso. Já MLR é hipertensa, diabética e cardiopata. Ambos são casados e tiveram oito filhos, sendo que um deles, LCLR, faleceu aos 18 anos por problemas cardíacos.

FLR possui patologias crônicas, é usuário de drogas e alcoolista. O indivíduo em questão não se reconhece como doente/dependente, dificultando o tratamento e a sua reintegração na dinâmica familiar. Em seu primeiro relacionamento conjugal teve cinco filhos e, como fruto de um relacionamento extra

conjugal de curta duração, teve uma filha, com a qual não possui vínculos afetivos. Salienta-se que, em relação à paciente índice, FLR não apresenta relações conflituosas.

SRC é asmática. Apresenta boa relação com os avós, e relação de amor com a mãe, apesar de rotineiramente cobrar atenção da mesma.

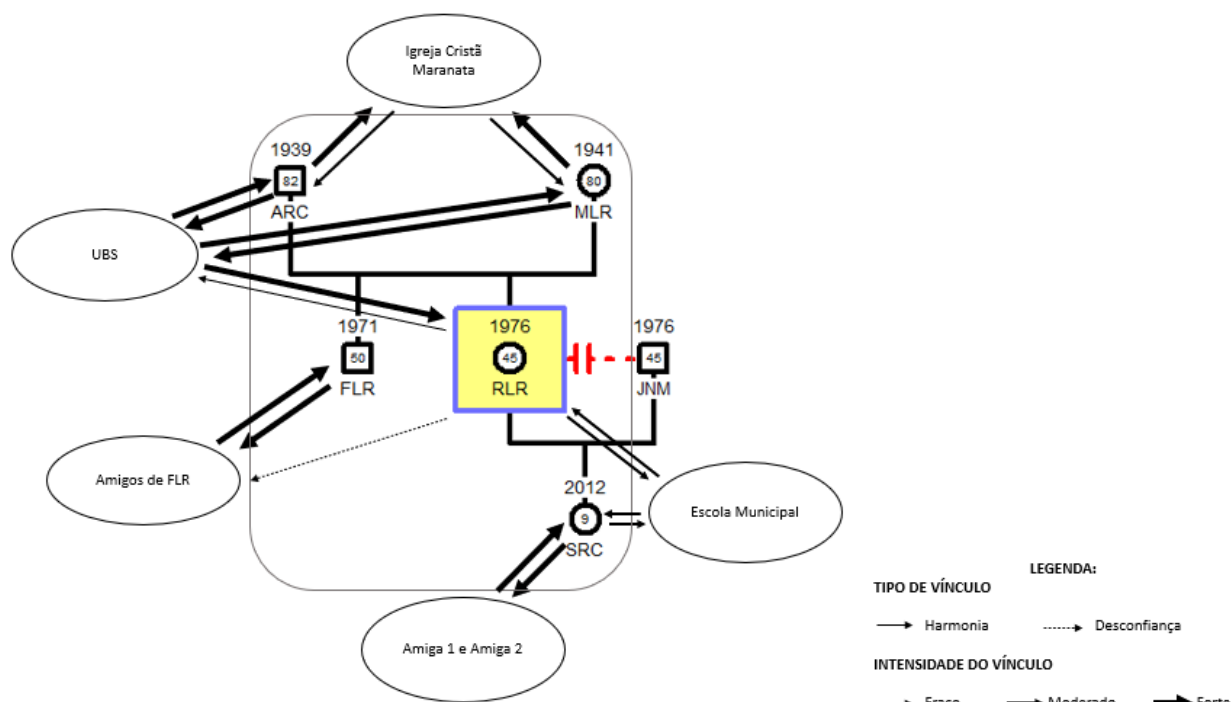
2.3.2. Ecomapa

O ecomapa é utilizado para registrar as percepções individuais e coletivas sobre as estruturas e as maneiras de suporte social, tendo em vista que a família edifica redes de apoio no processo que envolve o cuidado em saúde. Este instrumento possibilita que os profissionais de saúde ofertem apoio à família para além da visão

simplista centrada no diagnóstico e no tratamento da doença (SOUZA *et al.*, 2016; CORREIA, 2017). Desse modo, o ecomapa é visto como uma ferramenta importante no que tange os processos formativos dos profissionais que atuam na área (COSTA *et al.*, 2016).

Para tanto, visando à compreensão do contexto familiar de maneira ampla, elaborou-se o ecomapa da família em estudo, ilustrado na figura 2.

Figura 2 – Ecomapa da família em estudo



Fonte: Próprios autores.

A paciente índice possui pouco contato social, limitando-se apenas à UBS e, de maneira inabitual, à escola da filha. Apesar da preocupação e tentativa de cuidado por parte dos profissionais de saúde, a mesma não comparece às consultas agendadas. No que diz respeito à escola em que a filha estuda, há uma relação de confiança e compreensão entre RLR4 e os professores.

ARC e MLR frequentavam a igreja evangélica Cristã Maranata, antes da amputação do pé esquerdo de MLR devido ao diabetes descompensado. Contudo, mesmo diante do afastamento dos indivíduos mencionados, alguns membros da igreja fazem visitas frequentes à

família. Ressalta-se que ARC e MLR apresentam forte relação bidirecional com a UBS, tendo em vista que os mesmos a veem como principal meio para obtenção do cuidado.

FLR é pedreiro. Apresenta convivência harmoniosa com amigos. No entanto, há uma relação de desconfiança de RLR4 em relação a estes, já que atribui a culpa pelos vícios do irmão à grande convivência com os amigos do mesmo.

SRC estuda em escola municipal e apresenta vínculo moderado com esta, visto que há uma relação de harmonia com professores e colegas, mas houve também um afastamento social devido à pandemia da COVID-19. Por

outro lado, intensificou-se o elo entre a mesma e suas vizinhas, Amiga 1 e Amiga 2.

2.2.3. Ciclo de Vida

Esta ferramenta segmenta a história da família em estágios de desenvolvimento, com papéis atribuídos a cada um dos estágios. O conhecimento dos ciclos e de suas interferências no processo saúde-doença favorece a previsão, por parte dos profissionais de saúde, do modo e do período em que as doenças podem ocorrer (DITTERICH, GABARDO, MOYSÉS, 2009; ALVES *et al.*, 2015).

Dessa maneira, apesar de não ser imperativo que cada família passe pelo ciclo completo e em sequência, o ciclo de vida familiar compõe-se de oito estágios, sendo eles:

- Estágio I: iniciando a vida a dois.
- Estágio II - famílias com filhos pequenos.
- Estágio III - famílias com crianças pré-escolares.
- Estágio IV - famílias com crianças em idade escolar.
- Estágio V - famílias com adolescentes.
- Estágio VI - famílias como centro de partida.
- Estágio VII - casais de meia idade.
- Estágio VIII - famílias envelhecendo (ALVES *et al.*, 2015).

Considerando-se as fases do instrumento em questão, a família deste estudo encontra-se simultaneamente nos estágios IV e VIII, visto que há uma criança em idade escolar e que há dois idosos na residência.

Em relação à paciente índice, a mesma tem associação com os dois estágios, já que ocorre apreensão em relação à alfabetização de

sua filha e à saúde dos pais, principalmente no que se refere à mãe, que se encontra domiciliada devido à amputação do pé esquerdo, necessitando de ajuda em parte das Atividades Básicas de Vida Diária.

2.2.4. FIRO

Esta ferramenta avalia os sentimentos dos integrantes da família no cotidiano. Sua utilização é proveitosa em condições que se encontram doenças agudas, hospitalização ou acompanhamento de doenças crônicas, uma vez que a família terá que negociar entre si, modificações de papéis em razão das crises familiares que decorrem desses contextos.

Sua aplicação serve a quatro situações:

- 1) Quando é possível o estudo da família em suas relações de poder, comunicação e afeto, essas interações são categorizadas nas dimensões inclusão, controle e intimidade.
- 2) Em ocasiões em que ocorrem mudanças significativas ou ritos de passagem no grupo familiar.
- 3) Quando a inclusão, controle e intimidade compõem uma sequência essencial ao desenvolvimento para operar mudanças da família.
- 4) Quando as dimensões anteriores constituem uma sequência lógica de prioridades para o tratamento: inclusão, controle e intimidade (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009).

Quadro 1- Descrição da aplicação da ferramenta FIRO na família em estudo.

FIRO		
I N C L U S Ã O	Estrutura	FLR mora no mesmo terreno, porém em casa separada. Não auxilia a família financeiramente e nos cuidados de saúde. RLR4, ante o adoecimento da mãe, abandonou o trabalho em SP e veio exercer o papel de cuidadora da família. ARC se abstém do posicionamento ante os conflitos.
	Conectividade	De modo geral, os membros da família possuem uma relação de proximidade entre si. MLR reconhece que RLR4 também necessita de cuidados. RLR4 possui relação conflituosa com os pais.
	Modos de Compartilhar	RLR4 compartilha suas dificuldades emocionais e de anseio por trabalhar. Os pais ofertam uma pequena ajuda financeira a RLR4.
C O N T R O L E		RLR4 passou a se responsabilizar pelas necessidades do lar e da família, exercendo controle dominante neste aspecto. No entanto, sob outra ótica, nota-se que RLR4 é controlada, através do discurso de FLR de que a mesma possui obrigação de cuidar dos pais, uma vez que reside na casa sem ajudar nos custos financeiros. Ademais, é possível inferir que os pais interferem na autonomia de RLR4, impedindo-a de trabalhar, socializar e na sua liberdade de escolha religiosa.
I N T E R M I D I A D A D E		Embora apareçam conflitos entre os membros da família, há uma relação de carinho e amor entre eles. Paciente índice possui relação harmoniosa com a filha e demonstra preocupação em lhe oferecer boas condições de vida. MLR expressa preferência que RLR4 cuide dela. Entretanto RLR4 relata desgaste emocional uma vez que qualquer tentativa de um momento para cuidar de si é entendida por MLR como um distanciamento.

Fonte: Próprios autores.

2.2.5. P.R.A.C.T.I.C.E.

Este instrumento focaliza o problema, o que permite a aproximação esquematizada para o trabalho com famílias. A especificação de cada componente a ser analisado é: P (*problem*): problema apresentado; R (*roles*): papéis de cada membro da estrutura familiar; A (*affect*): demonstração de afeto frente ao problema apresentado; C (*communication*): tipo de comunicação dentro da estrutura familiar; T (*time in life*): fase do ciclo de vida que a família se encontra; I (*illness*): história de doença na família, passado e presente; C (*coping with stress*): enfrentamento do estresse da vida pelos familiares; E (*environment/ecology*): recursos que a família possui para lidar com o problema em questão (BRASIL, 2013).

P- Problemas Apresentados (*problems*):

RLR4 refere ser depressiva esquizofrênica, além de mencionar que já pensou em tirar a vida da filha e, em seguida, a própria. É a cuidadora de sua mãe MLR, idosa, diabética descompensada e recém-amputada. Cuida sozinha de SRC. Deseja trabalhar para se sustentar, mas é responsável pelo cuidado dos pais. FLR faz uso de álcool e de drogas, porém, não se reconhece como doente/dependente.

R - Papéis (*roles*):

MLR e ARC sustentam a casa com a aposentadoria. RLR4 gerencia os recursos financeiros, cuida da filha e dos pais e realiza as tarefas domésticas. FLR, reside no andar superior da casa dos pais. O mesmo não auxilia RLR4 nos cuidados com a mãe devido aos vícios com álcool e drogas. Os outros irmãos participam passivamente da dinâmica familiar.

A- Afeto (*affect*):

RLR4 é carinhosa com a mãe, o pai e a filha, apesar de relatar conflitos com os pais. FLR mostra-se desinteressado com os cuidados com a mãe, relata que isso é obrigação da irmã, que mora na residência sem ajudar com custos financeiros. MLR reconhece que RLR4 precisa de ajuda com seus problemas de saúde. Ademais, RLR4 possui relação de amor com a filha, tendo-a como motivo pelo qual se mantém viva.

C- Comunicação (*communication*):

RLR4 é a porta-voz da família e quem resolve tudo que MLR, ARC e SRC precisam. FLR prefere afastar-se, possuindo comunicação insuficiente com os irmãos. Em visitas dos profissionais, FLR estabeleceu diálogo mínimo com a equipe.

T- Tempo no ciclo de vida (*time in life*):

Na família existem, simultaneamente, dois ciclos de vida, sendo eles: família com crianças em idade escolar e famílias envelhecendo.

I- Doença no passado e no presente (*illness*):

Há recorrência nas gerações familiares de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Além disso, MLR é portadora de diabetes mellitus. FLR, RLR4 e SRC são acometidas por asma. RLR4 apresenta quadro de obesidade e relata ter depressão, síndrome do pânico e esquizofrenia.

C- Lidando com o estresse (*coping with stress*):

RLR4 isola-se em seu quarto em momentos de estresse e a única estratégia de enfrentamento que utiliza atualmente consiste na medicação. Foi agendado psicoterapia para RLR4 na ESF, porém a mesma não compareceu. RLR4 é o alvo de MLR nos momentos de estresse. SRC pede para ir à casa de parentes e de amigas. ARC não se posiciona diante dos conflitos familiares, relatando sentir-se ansioso nestas situações. O

uso de álcool por FLR, de acordo com o mesmo, é um mecanismo para lidar com o estresse.

E- Ecologia ou Meio Ambiente (*environment/ecology*):

RLR4 não se considera evangélica como a mãe, assim, deseja, mas não recorre à igreja para aliviar sua angústia. A atual situação de pandemia provocou afastamento da família do ambiente escolar, de saúde e religioso.

2.2.6. Conferência Familiar

Trata-se de uma reunião com a pretensão de expor a situação-problema visando a possíveis mudanças de alguns padrões de interação familiar, além do compartilhamento de informações e sentimentos entre os membros. Previamente a este momento, um plano deve ter sido traçado em comum acordo entre os profissionais responsáveis pelo acompanhamento da família, devendo ser respeitados os objetivos apresentados (LIMA *et al.*, 2008).

Devido ao momento de pandemia da COVID-19, foi sugerido pela família a realização da conferência familiar por chamada de vídeo. Participaram da reunião, a paciente índice, RLR4, sua mãe, MLR, seus irmãos, RLR3, RLR1, CALR e a esposa de RLR1, POL. Os mediadores deste encontro foram o cirurgião-dentista, a enfermeira e a psicóloga.

Inicialmente, ocorreu a apresentação dos participantes. Em seguida, os profissionais esclareceram o objetivo da conferência familiar, realçaram as potencialidades da família, apresentaram o trabalho desenvolvido e suas intervenções, sendo elas: Escuta terapêutica compartilhada de RLR4, ARC e MLR, substituição da medicação de RLR4, após

avaliação médica; substituição da medicação de MLR por medicação de menor custo e de mesmo efeito, também após avaliação médica; referenciamento de MLR para tentativa de cuidado especializado em sua residência pelos profissionais de saúde do Programa Melhor em Casa, e articulação intersetorial com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) para possível obtenção de tarifa social nas contas de água e de luz. Ademais, realizou-se encaminhamento de RLR4 ao psiquiatra para possível emissão de laudo comprovando doença neuropsiquiátrica com vistas a tentativa de adesão a benefício assistencial.

Logo após, os problemas identificados pelos profissionais de saúde foram expostos ao grupo familiar, incluindo sobrecarga da paciente índice que é cuidadora da mãe em tempo integral; necessidade de envolvimento por parte dos outros filhos no cuidado, e excesso de cobrança dos pais em relação à RLR4. Em seguida, os familiares foram indagados sobre seus pontos de vista acerca dos problemas apresentados. RLR4 expôs sua situação de sobrecarga e solicitou auxílio dos outros irmãos no cuidado com a mãe. RLR3 e CALR entenderam as situações apresentadas e se dispuseram a ajudar. No entanto, esclareceram que MLR aceita o cuidado somente por parte de RLR4. RLR1 mostrou resistência em falar sobre o assunto, alegando que RLR4 é quem deve ser responsável pelos cuidados com a mãe, já que mora na casa e é quem mais conhece suas condições de saúde.

A responsabilidade da família no cuidado foi elucidada pelos profissionais e as seguintes propostas foram elencadas: Escuta terapêutica a todo núcleo familiar;

acompanhamento psicológico e psiquiátrico a RLR4; realização de atividades entre RLR4 e SRC para fortalecimento da relação mãe e filha; incentivo de RLR4 para início de atividade laboral, mesmo que autônoma; reestabelecimento de laços de amizade, principalmente no que diz respeito à paciente índice e aceitação de ajuda por parte de MLR em relação ao cuidado dos demais filhos. Ademais, ressalta-se que algumas atribuições foram sugeridas e discutidas: RLR4 continuaria cuidando de MLR, contudo, aos finais de semana, RLR3, CALR e RLR1 assumiriam esse cuidado. RLR3 ficaria responsável também por acompanhar a mãe durante as consultas e exames. Nessas ocasiões, CALR e RLR1 se responsabilizariam pelo transporte de RLR3 e de sua mãe. Já ARC e FLR, auxiliariam nas atividades básicas da casa.

A partir dos problemas apresentados e das propostas discutidas, todos os participantes se comprometeram a assumir seus papéis na reorganização do contexto familiar. Além disso, foi enfatizado o protagonismo da família e o suporte da equipe de saúde no cuidado. Ao final, foram realizados agradecimentos à família pela disposição na construção do estudo.

Uma semana após realização da conferência familiar a família foi questionada quanto ao cumprimento do acordo estabelecido. Paciente índice está em acompanhamento de saúde mental, reestabeleceu amizade com uma vizinha próxima e está auxiliando a irmã a fazer bolos para vender. MLR continua resistente aos cuidados dos outros filhos. ARC e FLR tem sido responsáveis pelos afazeres domésticos. RLR1, CALR e RLR3 estão prestando maior assistência à família e SRC encontra-se na casa de parentes.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cotidiano o profissional de saúde tende a focalizar em aspectos pontuais sem a devida sistematização do seu trabalho, como aferindo pressão arterial, renovando uma receita sem avaliação minuciosa ou seguindo apenas protocolos sem o olhar clínico, social, psicológico e espiritual que deveria ter.

Com o desenvolvimento deste trabalho de família pode-se ir além do que os olhos, a clínica ou a suposição dizem, pois o problema central de uma família muitas vezes não é aquele indivíduo ou situação que demandou no primeiro momento a atenção em saúde, e sim toda a dinâmica familiar alterada que propiciou aquele adoecimento. Com isso o suporte e sensibilidade da equipe de saúde para a família com enfermidade de difícil manejo pode amenizar essa situação.

Nesse sentido, a equipe de saúde continuará acompanhando os acordos firmados durante a conferência familiar, de modo a garantir o princípio da longitudinalidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. P. et al. Ferramentas de abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família: relato de caso da Equipe Vila Greyce em Montes Claros, Minas Gerais. **Brasil. EFDeportes. com. [Internet]**, v. 19, n. 202, p. 1-8, 2015.

BORGES, C. D; COSTA, M. M; FARIA, J. G. Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 2, p. 133-141, dez. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Caderno**

de atenção domiciliar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. v. 2. [acesso em 2021 mar 01].

Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf> Acesso em: 20 jan. 2021.

CORREIA, R. L. O ecomapa na prática terapêutica ocupacional: uma ferramenta para o mapeamento das percepções sobre a participação nas redes sociais de suporte. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO**, v. 1, p. 67-87, 2017.

COSTA, P. H. A. et al. Ecomap as a tool in training for network care in the field of alcohol and other drugs. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2016.

DITTERICH, R. G; GABARDO, M. C. L; MOYSÉS, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 3, p. 515-524, 2009.

LIMA J. C. M, et al. O uso da conferência familiar na resolução de conflitos de uma família com idosa dependente. **Rev Bras Med Fam e Com.**2008; 4(14):129-134.

MENDES. E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan- -Americana da Saúde, 2011.

NASCIMENTO, L. C. et al. Genogram and ecomap: brazilian nursing contributions. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 211-220, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100211&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100025>.

NOBRE, L. L. R. et al. Abordagem familiar no âmbito da estratégia saúde da família: uma experiência de cuidado interdisciplinar. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, ano 2014, v. 12, n. 2, p. 458-468, 15 dez. 2014. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/viewFile/1488/pdf_227. Acesso em: 15 fev. 2021.

QUEIROZ, L. S. et al. Abordagem familiar no âmbito da estratégia saúde da família: uma experiência de cuidado interdisciplinar. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 458-468, 2014.

SANTOS, A. L. et al. Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 879-886, Dec. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400019&lng=en&nrm=iso. acesso em 07 Fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400019>.

SOUZA, Í. P. et al. Genograma e ecomapa como ferramentas para compreensão do cuidado familiar no adocimento crônico de jovem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 4, 2016.

Gustavo Silva Costa

Cirurgião-Dentista. Discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Unimontes

Thaís Rodrigues Gouveia

Psicóloga. Discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Unimontes

Alaíde Pereira Silva

Enfermeira. Discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Unimontes

Mayara Karoline Silva Lacerda

Enfermeira. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Unimontes

Renata Francine Rodrigues Lima

Cirurgiã-Dentista. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Unimontes
